

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Lenalidomide ในผู้ป่วย Myelodysplastic syndrome (LND-MDS 5q)

Hcode รามาธิบดี
 HN คำนำหน้า ชื่อ สกุล
 เลขที่บัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด เพศ ชาย หญิง
 ระบบประกันสุขภาพ สวัสดิการข้าราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กทม. กต. กสทช. เมืองพัทยา
 รอบที่ : ครั้งที่

Weight : Kg.

Diagnosis date :

Enrollment Type :

New case On treatment with Lenalidomide , since date

Total PRC transfusion last 2 months : (เดือน/ปี - เดือน/ปี) , unit

Erythroid stimulating factors : (เดือน/ปี - เดือน/ปี) ,
 specify agents

*Previous treatment :

G-CSF : (เดือน/ปี - เดือน/ปี) ,
 specify agents

Other : (เดือน/ปี - เดือน/ปี) ,
 specify agents

*Risk category :

Low Intermediate 1 Intermediate 2 High

*IPSS score =

* Bone marrow study, date

Aspiration result :

Biopsy result :

* Bone marrow cytogenetic study, date

result of 5q- = metaphase from total metaphase ,
 description

* CBC : Hb : g/dL WBC : /mm³

PMN : % L : % platelet : /mm³

Blood chem : Cr : mg/dL, Albumin : g/dL

Globulin : g/dL, SGOT : , SGPT : , Alk phos :

*ECOG status :

0 1 2 3 4

Comorbidities :

Specify

Lenalidomide dose : mg.

Frequency :

บันทึกเมื่อ

แพทย์ผู้วินิจฉัย เลข ว เบอร์โทรศัพท์ E-mail

ผู้บันทึก ชื่อ เบอร์โทรศัพท์

ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน :

เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบุสถานภาพของผู้ป่วย สำเนาเวชระเบียน clinical record ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด

ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย แบบบันทึก Barthel ADL Score

** กรุณาลงข้อมูลให้ครบ หรือ ใส่ข้อมูลเพิ่มเติมใน "ช่องข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา" ก่อนทำการส่ง เพื่อความรวดเร็วในการตอบกลับ **